کاظمی، پروانه؛ آقامحمدیان شعرباف، حمیدرضا؛ مدرس غروی، مرتضی؛ بهروز؛ مهرام (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی برنامه ارتقاء کیفیت زندگی زوجین بر رضایتمندی زناشویی و سلامت روان.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۲)، ۸۶- ۷۱.

بررسی اثربخشی برنامه ارتقاء کیفیت زندگی زوجین بر رضایتمندی زناشویی و سلامت روان

پروانه کاظمی[۱]، حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف[۲]، مرتضی مدرس غروی[۳]، بهروز مهرام[۴]

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۶/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۱/۱۰

چکیده

افزایش میزان نارضایتی در ازدواج‌ها و اثرات سوء آن بر سلامت جسم و روان همسران و فرزندان، ضرورت انجام بهسازی در تعاملات زناشویی و تدوین برنامه‌های گوناگون غنی سازی را بیش از پیش مطرح ساخته است. پژوهش حاضر نیز در راستای پرداختن به این ضرورت، از شیوه آموزشی گاتمن[۵] که تحقیقات طولی مفصلی بر روی عوامل مؤثر بر دوام و تقویت روابط زناشویی انجام داده است، استفاده نموده است تا تأثیر برنامه آموزشی ارتقاء کیفیت زندگی زوجین بر افزایش رضایتمندی زناشویی و سلامت روان را نشان دهد. بدین منظور ۱۶ زوج به روش نمونه گیری در دسترس در دو گروه آزمایش و گواه جای گرفتند. شرکت کنندگان به سه آزمون انریچ، داس و سلامت روان عمومی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری پاسخ دادند. بررسی نتایج با استفاده از آزمون t و تحلیل کواریانس، حاکی از آن بود که برنامه آموزشی استفاده شده، باعث افزایش رضایتمندی زناشویی و نیز سلامت روان در گروه آزمایش شده و این تغییرات در طول یک ماه پیگیری حفظ شده است.

واژه‌های کلیدی: برنامه ارتقا کیفیت زندگی زوجین، رضایتمندی زناشویی، سلامت روان

---

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد kazemi774@yahoo.com
۲. استاد گروه روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد
۳. استادیار روان شناسی بالینی –مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری- بیمارستان ابن سینا- دانشکده پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی مشهد- ایران
۴. دانشیار گروه علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد

5. Gottman

مقدمه

خانواده یک نظام اجتماعی و طبیعی با ساختار عاطفی پیچیده‌ای است که محبت، وفاداری و تداوم عضویت از ویژگی‌های مهم آن است (گلدنبرگ و گلدنبرگ[1]، ۱۳۸۵) و در صورتی که روابط صمیمی بین زن و شوهر خدشه دار شود، عوارض مخرب و منفی در بهداشت روانی خانواده و فرزندان ایجاد می‌شود (میلانی فر، ۱۳۷۰). در مراحل اولیه یک رابطه، پذیرش و تحمل تفاوت‌ها در میان بیشتر زوجین به سادگی رخ می‌دهد. در واقع بسیاری از زوج‌ها این تفاوت‌ها را به عنوان منشأ جذابیتشان یاد می‌کنند، اما پس از گذشت زمان، تمایل برخی از زوجین به پذیرش، تحمل و سازش با تفاوت‌ها کاهش می‌یابد و بالاخره تلاش‌هایی را در جهت تغییر یکدیگر آغاز خواهند کرد (کریستنسن و جاکوبسون[2]،۲۰۰۰).

غنی سازی ازدواج رویکردی است آموزشی برای بهبود روابط زوج‌ها و هدف آن کمک به آنان برای آگاهی از خود و همسر، کاوش احساسات و افکار همسر، گسترش همدلی و صمیمیت، رشد ارتباط مؤثر و مهارت‌های حل مسأله است. نتایج حاصل از کاربرد این روش‌ها، سودمندی برنامه‌های غنی سازی را نسبت به شیوه‌های زوج درمانی تأیید کرده است (بولینگ[3] و همکاران، ۲۰۰۵). مرور پیشینه تحقیق نشان می‌دهد که عوامل بسیاری بر رضایتمندی زناشویی و سلامت روان در خانواده اثر می‌گذارند. در این رابطه به طور خلاصه می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

رضایت و سازگاری زناشویی یکی از گسترده‌ترین مفاهیم برای تعیین و نشان دادن میزان شادی و میزان پایداری رابطه است. وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساسی ناشی از خوشبختی و رضایت از همدیگر دارند (سینها و مکرجی[4]، ۱۹۹۱). برخی محققان براین باورند که هوش هیجانی یا حداقل برخی از جنبه‌های آن، ظرفیت غنی سازی یک ازدواج سازگارانه و توأم با رضایت مطلوب و با ثبات را دارد (گلمن[5]، ۱۹۹۵، به نقل از سالاری،۱۳۸۶). یافته‌های برخی از پژوهش‌ها نیز حاکی از آن است که کیفیت هیجانی که مهم‌ترین نیاز برای تداوم رابطه است، می‌تواند رضایت زناشویی را پیش بینی کند. همچنین نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که نیازهای صمیمیت بزرگسالان با وضعیت روانی مشترک مادر و کودک پیوسته است (پاپوسک[6] و همکاران، ۱۹۸۹؛ به نقل از کرو و ریدلی[7]، ۱۳۸۴).

---
1. Goldenberg & Goldenberg
2. Christensen,A.&Jacobson
3. Bowling
4. Sinha & Mukerjee
5. Gelman
6. Papousek
7. Crowe & Ridley

صمیمیت در ازدواج غالباً به عنوان یک فرایند پویا توصیف می‌شود و به طور مثبتی با سازگاری و رضایت زناشویی همراه است. باگاروزی[1] (۱۳۸۷) صمیمیت را یک نزدیکی، تشابه و روابط شخصی عاشقانه یا هیجانی با شخص دیگر می‌داند که مستلزم شناخت و درک عمیق از فرد دیگر و همین طور بیان افکار و احساساتی است که نشانه تشابه با یکدیگر است. داده‌های پژوهشی حاکی از آن است که همدلی نیروی مؤثری برای خوب بودن است. فرد همدل نه تنها در دیگران تغییرات سازنده ایجاد می‌کند، بلکه با این همدلی به خود نیز کمک می‌کند تا در جهت مثبت تحول پیدا کند. در واقع همدلی یکی از بهترین نشانه‌های بلوغ روان‌شناختی است (بولتون[2]،۱۳۸۴).

فیزر[3] (۲۰۰۲) نیز در مطالعه خود نشان داد که شادکامی در رابطه با خود و زندگی، احترام به نفس مثبت، تماس با خویشتن، احساس خودگردانی، انتظارات واقعی، مهارت‌های بین فردی خوب، احساس مسئولیت نسبت به دیگران و توانایی حفظ نگرش مثبت با وجود شرایط دشوار، در رضایت زناشویی نقش مهمی دارد. بررسی پیشینه مربوط به رضایتمندی زناشویی و اهمیت آن در کارکرد خانواده می‌تواند مؤید این حقیقت نیز باشد که، لحظات غالباً زودگذری که یک زوج به طور روزمره تجربه می‌کنند، با سلامتی یا وخامت یک رابطه (مثل تعارض، بحث و ناراحتی به عنوان اساس زندگی زوج) مرتبط است (درایور و گاتمن[4]، ۲۰۰۴). تعارضات زناشویی به عنوان یک عامل خطر برای سلامتی پایین در ازدواج همسران و فرزندان آنان شناسایی شده است. با وجود این مکانیسم‌هایی که تعارضات زناشویی از آن طریق روی سلامتی تأثیر می گذارند، به طور کامل روشن نشده‌اند. بعلاوه خودِ تعریف سلامت نیز در تحقیقات مربوط به تعارضات زناشویی متغیر است (ویتسون و ال شیخ[5]، ۲۰۰۳)

به اعتقاد وارینگ[6] و همکاران (۱۹۸۱) نابسامانی ازدواج و عدم خشنودی در زندگی زناشویی به طور معناداری با شیوع اختلالات عاطفی- هیجانی در جمعیت عمومی رابطه دارد. در حالی که ازدواج‌های رضایت بخش، باعث ارتقاء سلامت همسران و مانع رویدادهای منفی زندگی و مشکلات روان‌شناختی در آن‌ها می‌شود. مشکلات و نابسامانی زندگی زناشویی پیامدهای منفی برای سلامت عاطفی و جسمانی همسران دارد.

---

1. Bagarozzi
2. Bolton
3. Fizer
4. Driver & Gottman
5. Whitson & El-Sheikh
6. Waring

یافته دیگری نیز حاکی از آن است که ناسازگاری زناشویی با بیماری‌های پیشرونده نظیر تغییر در نظام ایمنی، بیماری‌های قلبی- عروقی و عملکرد سیستم اندوکرین مرتبط است (ویتسون و ال شیخ[1]، ۲۰۰۳). با بررسی تحقیقات مربوط به رضایتمندی زناشویی و سلامت روان نتیجه گیری می‌شود که متأسفانه عدم وجود این عوامل مؤثر در بسیاری از ازدواج‌ها، منجر به افزایش نارضایتی زناشویی و عوارض گسترده آن شده است. استامن و سالتز[2] (۱۹۹۳) بیان کرده‌اند که پریشانی‌های فردی، تعارضات زوجین، جدایی‌ها و اثرات آن بر فرزندان، مشکلات مربوط به گسترش یافتن خانواده، دوستان و محل کار به درمان‌های شفابخش، آموزش‌های پیشگیرانه و برنامه‌های غنی سازی منجر شده است.

برنامه‌های پیشگیری و بهبود روابط زوجین به هرگونه مداخله‌ای اطلاق می‌گردد که در طی آن رفتارهای رابطه‌ای مخرب کاهش یابد و در رفتارهای رابطه‌ای خوب، بهبود ایجاد گردد؛ و در نتیجه از بدکاری در روابط بین فردی پیشگیری می‌شود (برگر[3] و دیگران، ۱۹۹۹؛ به نقل از کانینگهام[4]، ۲۰۰۳)، می‌توان گفت غنی سازی ازدواج یک شیوه آموزشی برای کمک به تقویت روابط زوجین است. اگر چه هدف اولیه آن کمک به زوج‌ها برای آگاه شدن از خود و همسرانشان، کشف احساسات و افکار همسران، تشویق همدلی و صمیمیت، توسعه ارتباط مؤثر و مهارت‌های حل مسأله بود، ولی بعداً برای زوجین دارای مشکل نیز به کار رفت (هاف و میلر[5]، ۱۹۸۱؛ به نقل از بالینگ[6] و همکاران ۲۰۰۵).

گاتمن یکی از روان‌شناسان حوزه زناشویی است که برنامه‌های آموزشی متنوعی برای تقویت روابط زوجین ابداع کرده است. وی معتقد است گرچه توانمندی‌ها و نقاط ضعف ازدواج‌ها تحت شرایط بحران‌های بیرونی از قبیل بیکاری یا مشکلات مالی تشدید می‌شود، ولی خود این بحران‌ها به تنهایی عامل متلاشی شدن ازدواج نیست. مسائلی از قبیل روابط جنسی کم یا زیاد نیز تنها عامل نیست. حتی داشتن سازگاری و توافق در هر مورد نیز ملاک پایداری ازدواج و موفقیت آن نیست چون بسیاری از ازدواج‌های سعادتمند نیز نارضایتی را تجربه می‌کنند، آن چه مهم است، توافق بر سر آن چه قابل قبول است، می‌باشد (گاتمن، ۱۳۷۸) .

نظریه گاتمن (۱۹۷۷) یک رویکرد تلفیقی است و از مبانی و اصول اعتقادی نظریه‌های مختلف درمانی یاری جسته است. آن جا که می‌گوید مانند یک چرخه، زن از شوهر و شوهر از زن متأثر می‌شود،

---

1. Whitson & El-Sheikh
2. Stahman & Salts
3. Berger
4. Cuninghham
5. Miller
6. Bowling

از نظریه سیستمی حمایت می‌کند. از دیدگاه وجودی نیز حمایت می‌کند چون فقط به آن چه که این تعارض‌ها به آن مربوط می‌شوند نگاه نمی‌کند، بلکه به ورای آن تعارض‌ها و در واقع به رؤیاهای زندگی نظر دارد؛ و زمانی که این رؤیاها شرح داده می‌شوند، از قصه درمانی حمایت می‌کند. روش گاتمن از یک دیدگاه روان‌کاوانه نیز حمایت می‌کند، چون رؤیاها معمولاً به کودکی شخص و معانی سمبلیک موقعیت‌هایی که به نوعی دردناک شده‌اند، بر می‌گردد؛ و آن جا که به دنبال تغییر رفتار است از رویکرد رفتاری حمایت می‌کند. چون معتقد است بهترین شیوه برای تغییر نتایج، به جای تلاش برای تغییر ادراک شخص، تغییر دادن رفتار است. چون ادراک اغلب به دنبال رفتار می‌آید؛ لذا تمام این روان‌درمانی‌های متفاوت با یافته‌های گاتمن حمایت می‌شوند (رندال[1]، ۱۹۹۸).

گاتمن (۱۹۹۱) برای تکمیل مطالعات خود در مورد ارتباط، دست به ایجاد یک آزمایشگاه مخصوص ازدواج زد و با استفاده از رویکرد چند شیوه‌ای در پژوهش‌های خویش با دقت بسیار بالایی (۹۰ درصد) موفق به پیش بینی دوام و پایداری طولی ازدواج گردید. نتیجه بررسی‌های مفصل گاتمن (۲۰۰۲) در آزمایشگاه ازدواج این بود که او و همکارش لونسون[2] (۱۹۹۴) برای نخستین بار توانستند با بررسی تبادل‌های سی زوج ثابت کنند که رضایت از زندگی زناشویی با واکنش‌های فیزیولوژیکی اشخاص در ارتباط است. گاتمن تلاش کرد تا بر مبنای این ادعا که احساسات، فیزیولوژی و تعاملات ارتباطی با همدیگر در ارتباط هستند، بتواند توصیفی ریاضی از روابط بین احساسات مثبت و منفی به همان صورت تقابل احساسات منفی ارائه دهد.

به نظر گاتمن (۱۹۹۹) زوج‌ها باید یاد بگیرند که چگونه جو را آرام کنند، آرامش خود را بازیابند و توجه خود را دوباره متمرکز کنند. آن‌ها باید دریابند که چگونه می‌توان هیجاناتِ شدیدِ متفاوت را تنظیم و تعدیل کرد. آرام کردن خود و دیگری نه تنها راه را برای یک گفتگوی پربارتر هموار می‌کند، که در سلامت هیجانی و جسمانی هر یک از زوجین، سهم بسزایی دارد (هیکس[3] و همکاران،۲۰۰۴).گاتمن (۱۹۸۲، ۱۹۹۴، ۲۰۰۲) معتقد است گرچه در تمام ازدواج‌ها میان نیروهای پاسدار ازدواج و نیروهای برهم زننده آن نبرد و درگیری وجود دارد، اما آن چه مهم است تعادل میان جنبه‌های مثبت و منفی در ازدواج است. وی چهار عامل منفی بسیار مهم انتقاد، اهانت، رفتار تدافعی و همکاری نکردن را، برهم زننده ازدواج می‌داند.

---

1. Randall
2. Levenson
3. Hicks

۱. انتقاد که مستلزم حمله به شخصیت یا منش دیگری است و نه حمله به یک رفتار خاص او و غالباً با سرزنش در ارتباط است. تفاوت انتقاد با شکایت این است که شکایت شکل خاصی از ابراز خشم، ناخشنودی، پریشانی یا سایر حالات منفی است که متوجه عملکرد شخص است در حالی که انتقاد جنبه عمومی و فراگیر داشته و به کل شخصیت فرد حمله می‌کند.

۲. اهانت اقدامی از روی عمد و قصد برای اهانت به همسر و بدرفتاری روانی با اوست. در اهانت با کلمات و زبان تن به قلب طرف مقابل رسوخ کرده و او را مورد اهانت و تحقیر قرار می‌دهد. آن چه این اهانت را سبب می‌شود، داشتن افکار منفی در باره همسر است. گاتمن (۱۳۸۶) معتقد است زوج‌هایی که به یکدیگر اهانت می‌کنند، در مقایسه با دیگران بیشتر از بیماری‌های عفونی مانند سرماخوردگی و آنفلوآنزا رنج می‌برند.

۳. رفتار تدافعی به منظور حراست از خود در برابر حمله است و از آن جا که واکنشی در برابر احساس در محاصره و تحت فشار قرار گرفتن است، بسیار مخرب می‌باشد. کسی که احساس قربانی بودن می‌کند، اشکالی در این که رفتار تدافعی را به نمایش بگذارد نمی‌بیند. اما عبارات تدافعی و طرز تلقی و نگرشی را که منتقل می‌سازد، به جای حل مسأله بر شدت بحران می‌افزاید و مشکل را تشدید می‌کند.

۴. همکاری نکردن و سکوت مرحله تازه‌ای است که بعضاً در مواقعی که زن و شوهر از حملات و انتقادات و حتی رفتار تدافعی خسته می‌شوند، پیش می‌آید و در واقع ارتباط بد، جای خود را به گفتگو نکردن و همه چیز را به سکوت برگزار نمودن می‌دهد. کسی که از این روش استفاده می‌کند، نمی‌خواهد وضع از آن چه هست خراب‌تر شود، اما غافل از آن است که تبدیل به دیوار سنگی شدن و از صحنه بیرون رفتن خود، یک اقدام مخرب است و صحبت کردن را برای طرف مقابل (به خصوص اگر مردی اقدام به سکوت کند)، دشوار می‌کند (گاتمن، ۱۳۷۸). این روش در مردان بیشتر استفاده می‌شود که علتش می‌تواند بیولوژیکی باشد. مردها در مقایسه با زن‌ها بیشتر و سریع‌تر، تحت تأثیر مشکلات زناشویی کلافه می‌شوند و در زمان بروز مشاجره، نبض و فشار خونشان هم بیشتر و سریع‌تر بالا می‌رود. به همین دلیل ترجیح می‌دهند به سرعتِ تمام، خود را از مخمصه نجات دهند تا سلامت خود را حفظ نمایند (جانسون[1]، ۲۰۰۰). گاتمن برای مقابله با جنبه‌های منفی ازدواج تأکید زیادی بر ایجاد عشق و احترام دارد و برای افزودن بر جنبه‌های مثبت به موارد زیر اشاره می‌کند: نشان دادن علاقه، مهربانی و محبت، توجه داشتن، قدرشناسی، همدردی، همدلی، پذیرنده بودن، بذله گویی، و سهیم شدن در شادی‌ها.

---

[1]. Johnson

در انجام این پژوهش از شیوه آموزشی گاتمن و هفت اصل کارآمد وی برای تقویت روابط زناشویی استفاده شده است.

تحقیقات زیادی بر اساس نظریه گاتمن انجام شده است که به طور خلاصه به چند مورد آن‌ها اشاره می‌شود. کوان، گاتمن [1] و همکاران (۱۹۹۷) در پژوهشی که بر روی گرایش مردان به طرد تسلط و نفوذ همسرانشان و نیز وجود تفاوت‌های فردی در این گرایش به عنوان یک استعداد وابسته به دو نوع خشونت خانگی انجام دادند، رفتار عاطفی آنان را در یک تعامل زناشویی ۱۵ دقیقه‌ای بررسی کردند و دو نوع تیپ را شناسایی کردند: الف) کسانی که در طول یک تعامل زناشویی ضربان قلبشان کندتر از حد معمول می‌شود. ب) کسانی که ضربان قلبشان تندتر می‌شود. آنان دریافتند که تنها شوهران نوع الف هر یا همه نفوذ همسرانشان را طرد می‌کنند و این رفتار به معنای حفظ قدرت و کنترل برای آنان است.

نتایج مطالعه‌ای که بر روی شرکت کنندگان در دوره آموزشی مهارت‌های ارتباطی ازدواج با شیوه گاتمن (۱۹۹۹) برای پایدار سازی روابط زناشویی انجام شد، حاکی از آن بود که هم خود شرکت کنندگان و هم همسرانشان در مهارت‌های ارتباطی بهبود نشان دادند، و این بهبودی برای مدت طولانی باقی ماند. امیدواری به بهبود رابطه نیز افزایش یافت و زنان دارای مهارت‌های ارتباطی بهتری شدند (وستروپ [2]، ۲۰۰۲).

در مطالعه‌ای مارک من [3] (۱۹۹۳) و همکاران اثربخشی یک برنامه آموزشی طولی را در پیشگیری از نارضایتی زناشویی و طلاق با استفاده از تکنیک گوینده- شنونده در نظریه گاتمن آزمایش کردند. تحلیل نتایج یک پیگیری ۴-۵ ساله، تأثیرات طولانی مدت برنامه آموزشی را برآشفتگی زناشویی نشان داد. زوج‌هایی که داوطلبانه در برنامه‌ها شرکت کرده بودند، به طور معناداری عواطف مثبت بیشتر، ارتباط بهتر و رفتارهای حل مسأله مناسب‌تری را نسبت به گروه کنترل از خود نشان دادند (مارک من و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از کورنلیوس و آلسی [4]، ۲۰۰۷).

در مطالعه‌ای که جانسون (۲۰۰۰) بر اساس نظر گاتمن با موضوع تفاوت‌های رفتاری بر روی زوج‌های پریشان و عادی انجام داد، نتایج نشان داد که زوج‌هایی که گرایش دارند تا بر جنبه‌های مثبت همسر تمرکز کنند و روی جنبه‌های منفی تمرکز کمتری دارند، زندگی شادتر، رضایت بیشتر و روابط پایدارتری دارند. یافته دیگر تحقیق جانسون آن بود که غلبه نسبت رفتارها و افکار منفی بر مثبت، باعث تیرگی رابطه و

[1] . Coan & Gottman
[2] . Westerop
[3] . Markman
[4] . Cornelius & Alessi

اضمحلال تدریجی آن می‌شود. هم چنین این تحقیق نشان داد هنگامی که شوهر نفوذ همسرش را می‌پذیرد و قدرتش را با او شریک می‌شود، این رفتار به رابطه پایدارتری منجر می‌شود.

با توجه به مرور پیشینه در خصوص عوامل مؤثر در رضایتمندی زناشویی و یا عوامل برهم زننده آن، و هم چنین بررسی نظرات گاتمن در خصوص عوامل مؤثر در موفقیت ازدواج، به نظر می‌رسد که هفت اصل کارآمد وی برای دوام و پایداری ازدواج، به دلیل استفاده از رویکرد تلفیقی و ادغام دیدگاه‌های گوناگون مطالعه انسان، از قابلیت شایان توجهی برای افزایش رضایتمندی زناشویی و سلامت روان برخوردار باشد؛ لذا پژوهش حاضر بر آن شد تا با بهره گیری از رویکرد تلفیقی گاتمن در جهت بهبود رابطه و ارتقا کیفیت زندگی زوج‌های دانشجو گام بردارد. به این منظور برنامه آموزشی مبتنی بر نظریه گاتمن طی هفت جلسه برای هشت زوج دانشجو برگزار گردید و در انتها نتایج آموزش گروه آزمایش با نتایج هشت زوج گروه گواه که در این مدت هیچ برنامه آموزشی و درمانی را دریافت نکرده بودند، مقایسه شد. یافته‌ها حاکی از آن است که برنامه آموزشی ارتقا کیفیت زندگی زوجین نمرات رضایتمندی زناشویی گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل افزایش داده است. همچنین این برنامه نمرات گروه آزمایش را در آزمون سلامت عمومی نسبت به گروه کنترل بهبود بخشیده است؛ لذا هر دو فرضیه تحقیق مبنی بر اثربخشی برنامه آموزشی ارتقاء کیفیت زندگی بر افزایش رضایتمندی زناشویی و سلامت روان دانشجویان، پذیرفته شدند.

روش

روش پژوهش شبه تجربی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است و از نوع پژوهش‌های کاربردی محسوب می‌شود. در این مطالعه از طرح گروه کنترل نابرابر استفاده شده است. این طرح مشتمل است بر دو گروه، که گروه آزمایش قبل و بعد از این که در معرض متغیر مستقل قرار گیرد، با گروه کنترل که هیچ برنامه‌ای را دریافت نمی‌کند، مقایسه می‌شوند. جامعه آماری این تحقیق را ۱۶ زوج دانشجوی مراجعه کننده به کلینیک دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی تشکیل داده‌اند که به روش نمونه گیری در دسترس در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند.

در انجام این پژوهش برای ارزیابی میزان رضایتمندی زناشویی از دو پرسشنامه انریچ و داس و نیز برای بررسی میزان سلامت روان از پرسشنامه سلامت روان عمومی استفاده شده است.

۱. پرسشنامه رضایتمندی زناشویی انریچ[1] (پربار سازی و تقویت رابطه، ارتباط و خشنودی) : این پرسشنامه یک ابزار ۱۱۵ سؤالی است که برای ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل زا یا شناسایی زمینه‌های قوت و پرباری رابطه زناشویی به کار می‌رود. ۱۲ حیطه مورد سنجش پرسشنامه انریچ که در این پژوهش به کار برده شده است عبارت از: تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، رضایتمندی شخصی، ارتباطات زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، اوقات فراغت، روابط جنسی، فرزندان، خانواده و دوستان، مساوات طلبی و جهت گیری مذهبی می‌باشد (ثنایی، ۱۳۷۹).

ضرایب آلفای پرسشنامه انریچ در گزارش (اولسون[2]، فورنیر[3] و دراکمن[4]، ۱۹۸۹؛ به نقل از بحرینیان و یاوری، ۱۳۸۸) برای خرده مقیاس‌های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، رضایتمندی شخصی، ارتباطات زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، اوقات فراغت، روابط جنسی، فرزندان، خانواده و دوستان و مساوات طلبی به ترتیب عبارتند از: ۰/۹۰، ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۴۸، ۰/۷۷، ۰/۷۲، ۰/۷۱ در ضمن اعتبار این پرسشنامه ۹۳٪ محاسبه شده است (سلیمانیان، ۱۳۷۳؛ به نقل از بحرینیان و یاوری، ۱۳۸۸).

۲. مقیاس سازگاری زن و شوهری[5] (داس) : این مقیاس یک ابزار ۳۲ سؤالی ساخته شده توسط اسپینر[6] است؛ که برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن و شوهر به کار می‌رود و قابلیت استفاده با چند هدف را دارا می‌باشد تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این مقیاس چهار بعدِ رابطه را می‌سنجد: رضایت دو نفری، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری و ابراز محبت. اعتبار کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ می‌باشد و از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است. روایی مقیاس فوق با قدرت تمیز دادن افراد متأهل و مطلقه در هر سؤال اثبات شده است. علاوه بر این مقیاس داس روایی همزمان با مقیاس رضایت زناشویی لاک والاس[7] نیز دارا می‌باشد. در مقیاس سازگاری زن و شوهر نمره چهار مقیاس و نمره کل مقیاس بدست می‌آید. نمره کل حاصل جمع نمره تمامی سؤالات و بین ۰ تا ۱۵۱ است. سؤالات مختلف به شیوه‌های مختلف نمره گذاری می‌شوند. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشانگر رضایت بالاتر در ازدواج می‌باشد (ثنایی، ۱۳۷۹).

1 . ENRICH: Enriching and Nurturing Relationship Issuses. Communication and Happiness
2 . Olson
3 . Fournier
4 . Druckman
5 . Dyadic Adjustment Scale (DAS)
6 . Spanier
7 . Locke - Wallace Marital Adjustment Scale

۳. پرسشنامه سلامت عمومی[1] (GHQ): این پرسشنامه توسط کلبرگ[2] (۱۹۷۹) برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته شده است (یعقوبی، ۱۳۷۳؛ به نقل از معدنی،۱۳۷۴). فرم اصلی و اولیه این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سؤال است که در این پژوهش از فرم کوتاه ۲۸ سؤالی آن استفاده شده است. پرسشنامه سلامت عمومی چهار مقیاس فرعی را در بر می گیرد که عبارتند از: نشانه‌های جسمانی، علائم اضطراب، اختلال در کنش اجتماعی، افسردگی اساسی.روش نمره گذاری با استفاده از مدل لیکرت می‌باشد. دامنه نمرات نیز بین ۰ تا ۸۴ است. علاوه بر نمره هر مقیاس یک نمره کلی وجود دارد. نمره برش ۲۳ برای تفکیک افراد سالم از افراد مشکوک به اختلال روانی مشخص شده است. هم چنین در هر خرده آزمون نمره برش ۶ گزارش شده است.پایایی این آزمون از روش ضریب آلفای کرونباخ اندازه گیری شده است. مطالعات مختلف حاکی از پایایی بالای پرسشنامه سلامت روان است. روایی پرسشنامه سلامت عمومی بیشتر متکی بر نوعی روایی سازه است که از طریق محاسبه ضریب همبستگی آن با سایر ابزارهای مشابه که برای سرند اختلالات روانی کارآیی داشته‌اند، تعیین گردیده است (رسول زاده، ۱۳۸۶ به نقل از مداح، ۱۳۸۸).

جهت اجرای پژوهش از شیوه آموزشی گاتمن برای تقویت روابط زناشویی استفاده شده است. به این منظور ۱۶ زوج در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند و سه آزمون انریچ، داس و سلامت روان، به عنوان پیش آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. سپس متغیر مستقل برنامه آموزشی ارتقاء کیفیت زندگی زوجین در هفت جلسه برای گروه آزمایش ارائه گردید و در جلسه آخر نیز هر سه آزمون به دو گروه ارائه شد. یک ماه پس از اتمام جلسات جهت بررسی پایداری نتایج پژوهشی، مجدداً هر سه آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. خلاصه‌ای از برنامه آموزشی تحقیق طی هفت جلسه در جدول (۱) آورده شده است.

جدول ۱ : برنامه آموزشی تحقیق

جلسات	محتوای برنامه آموزشی
۱	بررسی شیوه‌های بهبود رابطه عشقی میان زوجین از طریق افزایش شناخت از خود و همسر در حوزه‌های شخصیتی، عاطفی، شناختی، فلسفی، فکری، علائق و سلیقه‌ها و غیره. شناخت دنیای احساسی و عاطفی همسر و درک نگرانی‌ها و دغدغه‌های وی و افزایش هرچه بیشتر فضای شناختی هر یک از همسران درباره یکدیگر.

1 . General Health Questionary
2 . Kohlberg

۲	آموزش شیوه‌های مؤثر در افزایش محبت، احترام و تعاملات مثبت میان زوجین. احیای احساسات مثبت، افزایش قدرشناسی، بالا بردن توانایی درک امتیازات و محاسن همسر، پرداختن به امتیازات فلسفه زندگی و تاریخچه ازدواج و جایگزینی نگرشی مثبت‌تر به همسر.
۳	تمرکز بر نزدیک شدن به همدیگر و افزایش ابعاد صمیمیت، شیوه‌های مؤثر گوش دادن و صحبت کردن و به عبارتی مهارت‌های ارتباط مؤثر و هم چنین شیوه‌های جلب توجه و محبت بیشتر از سوی همسر و در نهایت بررسی عوامل ایجاد کننده سردی در رابطه و رفع آن‌ها.
۴	آموزش اهمیت پذیرش نفوذ همسر از سوی شوهران و شریک کردن همسر در تصمیم گیری‌ها و احترام قائل شدن برای نظرات و احساسات وی، انجام تمرین‌هایی برای بررسی اشکال مقاومت مردان برای شریک شدن در قدرت تصمیم گیری با همسرانشان، راه‌های افزایش هوش عاطفی و پذیرش تسلیم شدن.
۵	آموزش شیوه‌های رفع مشکلات قابل حل، شناسایی سبک شروع مشاجرات، آموزش به کارگیری اقدامات جبرانی، توجه به فیزیولوژی خود در طول مشاجرات، آموزش شیوه‌های مختلف آرام سازی و نیز راه‌های مقابله با مشکلات قابل حل ویژه.
۶	راه‌های غلبه بر مشکلات دائمی و غیر قابل حل، توجه به رؤیاها و دلایل پنهانی و عمیق این مشکلات، تمرین‌هایی برای کشف رؤیاها، کار روی موارد به بن بست رسیده، آرام کردن یکدیگر و نحوه توافق بر روی مشکلات غیرقابل حل.
۷	توانمند سازی همسران برای خلق مفهومی مشترک در زندگی زناشویی خویش از طریق خلق زندگی درونی توسط هر دو زوج، تمرین‌هایی جهت رسیدن به ارزش‌ها و نقاط مشترک از طریق بررسی نمادها، آداب، نقش‌ها، اهداف و آیین‌های خانوادگی.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل یافته‌ها حاکی از آن است که هر دو فرضیه مورد قبول واقع شده‌اند. فرضیه اول بیان می داشت که برنامه آموزشی ارتقای کیفیت زندگی زوجین میزان رضایتمندی زناشویی گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل افزایش می‌دهد. در جدول(۲) مقایسه میانگین دو گروه کنترل و آزمایش آورده شده است.

جدول ۲ : مقایسه میانگین دو گروه کنترل و آزمایش (پرسشنامه ENRICH) – آزمون تی مستقل

ENRICH	میانگین پیش آزمون	میانگین پس آزمون	فرضیات تست لون (همگنی واریانس‌ها)	تست لون		تست t		
				مقدار f	سطح معناداری	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری

گروه آزمایش	۲۵۸/۳۱	۳۰۰/۳۸	فرض همگن بودن واریانس‌ها	۰/۸۹۲	۰/۳۵۲	– ۷ /۴۴	۳۰	۰/۰۰۰
گروه کنترل	۳۰۴/۰۶	۳۰۲/۳۱	فرض همگن نبودن واریانس‌ها			– ۷ /۴۴	۲۸/۹۵	۰/۰۰۰

از آنجا که سطح معناداری در تست لون (۳۵۲ / ۰) از ۰۵ / ۰ بزرگ‌تر می‌باشد، فرض همگن بودن واریانس‌ها رد نمی‌شود، بنابراین مقدار آماره تی برابر است با ۷ /۴۴ – با درجه آزادی ۳۰ و سطح معناداری آزمون تی برابر است با صفر. از آنجا که سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۰۱ می‌باشد، فرض برابر بودن میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل رد می‌شود، بنابراین بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. در نتیجه فرضیه اول تحقیق به اثبات می‌رسد.

فرضیه دوم بیان می داشت که برنامه آموزشی ارتقا کیفیت زندگی زوجین میزان رضایتمندی زناشویی گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل افزایش می‌دهد (با استفاده از مقیاس داس). در جدول (۳) مقایسه میانگین دو گروه آزمایش و کنترل آورده شده است.

جدول ۳: مقایسه میانگین دو گروه کنترل و آزمایش (پرسشنامه DASS) – آزمون تی مستقل

DASS	میانگین پیش آزمون	میانگین پس آزمون	فرضیات تست لون (همگنی واریانس‌ها)	تست لون: مقدار f	تست لون: سطح معناداری	تست t: مقدار t	تست t: درجه آزادی	تست t: سطح معناداری
گروه آزمایش	۹۱/۵	۱۱۴/۳۱	فرض همگن بودن واریانس‌ها	/۳۰۲ ۳	۰/۰۷۹	– ۸ /۹	۳۰	۰/۰۰۰
گروه کنترل	۱۲۰/۳۱	۱۱۹/۳۷	فرض همگن نبودن واریانس‌ها			– ۸ /۹	۲۲/۹۱	۰/۰۰۰

از آنجا که سطح معناداری در تست لون (۰۷۹ / ۰) از ۰۵ / ۰ بزرگ‌تر می‌باشد، فرض همگن بودن واریانس‌ها رد نمی‌شود، بنابراین مقدار آماره تی برابر است با ۸ /۹ – با درجه آزادی ۳۰ و سطح معناداری آزمون تی برابر است با صفر. از آنجا که سطح معناداری آزمون تی کمتر از ۰/۰۰۱ مشاهده شده است، فرض برابر بودن میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل رد می‌شود، بنابراین بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه سوم تحقیق پذیرفته می‌شود.

فرضیه سوم بیان می داشت که برنامه آموزشی ارتقـا کیفیـت زنـدگی زوجـین میـزان سـلامت روان گروه آزمایش را در مقایسـه بـا گـروه کنتـرل افـزایش مـی‌دهـد. در جـدول(۴) مقایسـه میـانگین دو گـروه آزمایش و کنترل آورده شده است.

GHQ	میانگین	میانگین	فرضیات تست	تست لون		تست t		
	پیش آزمون	پس آزمون	لون (همگنی واریانس‌ها)	مقدار f	سطح معناداری	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
گروه آزمایش	۲۲/۶۸۸	۱۳/۸۱۲۵	فرض همگن بودن واریانس‌ها	۳/۴۹۴	۰/۰۷۱	۳/۴۶	۳۰	۰/۰۰۲
گروه کنترل	۱۸/۰۶۳	۱۶/۵	فرض همگن نبودن واریانس‌ها			۳/۴۶	۱۷/۷۳	۰/۰۰۳

جدول ۴ : مقایسه میانگین دو گروه کنترل و آزمایش (پرسشنامه GHQ) – آزمون تی مستقل

از آنجا که سطح معناداری در تست لون (۰۷۱ / ۰) از ۰۵ / ۰ بزرگ‌تـر مـی‌باشـد، فـرض همگـن بودن واریانس‌ها رد نمی‌شود، بنابراین مقدار آمـاره تـی برابـر اسـت بـا ۴۶ /۳ بـا درجـه آزادی ۳۰ و سـطح معناداری آزمون تی برابر است با ۰/۰۰۲ . از آنجا که سطح معناداری آزمون تی از ۰۱ / ۰ کمتـر مـی‌باشـد، فرض برابر بودن میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنتـرل رد مـی‌شـود، بنـابراین بـین دو گـروه آزمـایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه ۳ تحقیق نیز قبول می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

چنانچه مشاهده شد، هشت زوج شرکت کننده در گروه آزمـایش ایـن پـژوهش طـی هفـت جلسـه تحت آموزش‌های متنوعی برای بهبود روابط عاشقانه، افزایش میـزان جـذب محبـت و احتـرام، بهبـود ابعـاد صمیمیت، تقسیم قدرت، مهارت‌های حل تعارض، غلبه بر مشکلات دائمی و معنا بخشیدن به زنـدگی قـرار گرفتند، که اثربخشی ان مشاهده شد، بنابراین فرضیه افزایش رضایتمندی زناشویی بـه اثبـات رسـیده اسـت. نتایج حاصله از این پژوهش با بسیاری از یافته‌های پژوهشی دیگر همسو است. به طور مثال یافته‌های کـوان،

گاتمن و همکاران (۱۹۹۷) بر روی گرایش مردان به طرد تسلط و نفوذ همسرانشان، وجود تفاوت‌های فردی در این گرایش را نشان داد.

مطالعه وستروپ (۲۰۰۲) نیز بر روی شرکت کنندگان در دوره آموزشی مهارت‌های ارتباطی ازدواج با شیوه گاتمن (۱۹۹۹)، بهبود قابل ملاحظه‌ای را در مهارت‌های ارتباطی و هم چنین پایداری آن در طول زمان را نشان داد.

مارک من و همکاران (۱۹۹۳) نیز در مطالعه‌ای اثربخشی یک برنامه آموزشی طولی را در پیشگیری از نارضایتی زناشویی و طلاق با استفاده از تکنیک گوینده- شنونده در نظریه گاتمن نشان داده و گزارش نمودند که به طور معناداری عواطف مثبت، ارتباط بهتر و رفتارهای حل مسأله مناسب‌تر در گروه آزمایش افزایش یافته است (کورنلیوس و آلسی، ۲۰۰۷).تحقیق جانسون (۲۰۰۰) نیز بر اساس نظر گاتمن بر روی تفاوت‌های رفتاری بر روی زوج‌های پریشان و عادی نشان داد که زوج‌هایی که گرایش دارند تا بر جنبه‌های مثبت همسر به جای جنبه‌های منفی تمرکز کنند، زندگی شادتر، رضایت بیشتر و روابط پایدارتری دارند.

نمرات آزمودنی‌ها حاکی از آن است که تفاضل میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل (با استفاده از آزمون سلامت عمومی) در پیش آزمون و پس آزمون، معنادار می‌باشد و فرضیه سوم تحقیق پذیرفته می‌شود. به علاوه فرض برابر بودن میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری نیز (در آزمون سلامت عمومی) رد نشده است. یعنی گذشت زمان بین پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری را بین دو گروه کنترل و آزمایش ایجاد نکرده است؛ و لذا پایداری نتایج مثبت در زمینه سلامت روان در طول زمان اثبات شده است.

همان گونه که ذکر شد، پژوهش‌های مختلفی رابطه بین رضایتمندی زناشویی و سلامت روان را تأیید نموده‌اند، لذا در تحقیق حاضر نیز به نظر می‌رسد برخورداری همسران از همدلی، صمیمیت، پذیرش و تفاهم، آگاهی، مهارت‌های ارتباطی و حل مسأله بیشتر در ازدواج، منجر به افزایش رضایتمندی زناشویی و ایجاد آرامش بیشتر در خود و در تعاملات با همدیگر شده و میزان سلامت روان آنان را افزایش داده است. مطالعات گاتمن و همکارانش علاوه بر تأکید بر اهمیت سلامت روان، برای اولین بار به وجود رابطه بین رضایتمندی زناشویی و سلامت جسمانی نیز رهنمود گشته است. توجه به نشانه‌های فیزیولوژیک و زبان بدن، آموزش شیوه‌های کنترل جسمی و جلوگیری از کلافه شدن همگی بیانگر اهمیت توجه به رابطه جسم

و روان به عنوان یک رابطه تنگاتنگ دوسویه و متقابل است، که توجه به سلامت هر یک، در بهبود سلامت دیگری نیز نمود پیدا می کند.

منابع

ابراهیمی، سمیه (۱۳۸۷). *بررسی اثربخشی برنامه کاربرد مهارت‌های روابط صمیمانه* (Pairs) *بر افزایش میزان رضایتمندی زناشویی و تعدیل ابعاد دلبستگی دختران شاهد*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.

بحرینیان، عبدالمجید؛ یاوری کرمانی، مریم (۱۳۸۸). رضایتمندی جنسی و رضایتمندی زندگانی. *مجله تازه‌های روان درمانی*، شماره ۵۱ و ۵۲، ۸۵–۶۷.

بولتون، رابرت (۱۳۸۴). *روان شناسی روابط انسانی*. ترجمه حمیدرضا سهرابی، چاپ سوم. تهران: رشد.

ثنایی، باقر (۱۳۷۹). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*، تهران: بعثت.

دلاور، علی(۱۳۸۴). *مبانی عملی و نظری پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*، چاپ چهارم تهران: رشد.

سالاری، ملیحه (۱۳۸۶). *تأثیر گروه درمانی با رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر افزایش هوش هیجانی و رضایت زناشویی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.

کرو، مایکل؛ ریدلی، جین (۱۳۸۴). *زوج درمانی کاربردی با رویکرد سیستمی رفتاری*. ترجمه اشرف سادات موسوی، چاپ دوم. تهران: کاویان.

گاتمن، جان (۱۳۷۸). *انتخاب با شماست (ازدواج خوب،ازدواج بد)*. ترجمه مهدی قراچه داغی، تهران: رایین.

گاتمن، جان (۱۳۸۶). *هفت اصل اخلاقی برای موفقیت در ازدواج*. ترجمه مهدی قراچه داغی. تهران: آسیم.

گلدنبرگ، ایرنه؛ گلدنبرگ، هربرت (۱۳۸۵). *خانواده درمانی*. ترجمه حمیدرضا حسین شاهی برواتی، سیامک نقشبندی، الهام ارجمند، چاپ دوم. تهران: روان.

معدنی، صدیقه (۱۳۸۶). *بررسی رابطه بین رفتارهای بهنجار دینی و سلامت روان*. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.

مینوچین، سالوادور (۱۳۷۵). *خانواده و خانواده درمانی*. ترجمه باقر ثنایی. تهران: امیر کبیر.

Bagarozzi, D. A. (2001). *Enhancing intimacy in marriage: A clinician,s guide*. New York. Taylor & Francis.

Bowling, Tiffany K. Hill, Carmella M. Jencius, Marty. (2005). An Overview of marriag Enrichmen. *The Family Journal*.

Christensen,A.& Jacobson,N.S.(2000).*Reconcilable Differences*. New York :Guilford Press.

Coan, James. Gottman, John M. Babcock, Julia. Jacobson, Neil. (1997). Battering and the Male Rejection of Influence from Women. *Aggressive Behavior*. Vol. 23.

Cornelius, T. L. , Alessi G. (2007). The Effectiveness of Communication Skills Training with Married Couples: Does the Issue Discussed Matter?. *The. Family Journal: Counseling and Therapy for Ciuples and Families*. 2(15). Pp 124-132.

Cuninghham, O. mary. (2003). *A Secondary Prevention and Enhancement Program for Married Couples.* Texas A & M University.

Driver, Janice L. and Gottman, John M. (2004). Daily Marital Interactions and Positive Affect During Marital Conflict Among Newlywed Couples. University of Washington and the Gottman Relationships Research Institute. *Family Process*, Volume 43, Number 3. pp. 301-314(14).

Gottman, J. & Markman, H. & Notarius, C. & Bank, S. & Yoppi, B. (1976). Behavior exchange theory and marital decision making. *Journal of personality and social psychology*. 34, 14-23.

Gottman, J. M. &. Markman, H. & Notarius, C. (1977). The topography of marital conflict: A sequential analysis of verbal and nonverbal behavior. *Journal of marriage and the family*, 39. 461- 477.

Gottman, John.M. (1979). *Marital interaction: Experimental investigation*. New York: Academic Press.

Gottman, J. Proterfield, K. (1981). Communicative competence in the nonverbal behavior of married copples. *Journal of marriage and family*. 817-824.

Gottman, John.M. (1991). Predicting the longitudinal course of marriages. *Journal of Marrital and family Therapy*. 17(1), 3-7.

Gottman, John.M. (1994). *What Predicts Divorce?* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Gottman, J. (1994). *Why marriage succeed or fail.* New York.

Gottman, J. Coan, J. Carrere, S. Swanson, C. (1998). Prediting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of marriage and family*. 60. 3-22.

Gottman, John.M. (1999). *The Marriage Clinic: A scientifically based marital therapy*. New York.

Gottman, John. Murray,James. Swanson,Catherine Tyson,Rebeca. Swanson,Kristin.(2002). *The mathematics of marriage, Dynamic Nonlinear Models.* Massachussetts Institute of Technoligy. MIT Press.

Hicks,M.W.,Mcwey,L.M.,Benson,K.E.&Hernandez West,s.(2004). *Using what premarital couples already know to inform marriage education integrationof a Gottman model prerespective.*

Johnson, Sandra A. (2000). *John Gottman's research on the Bevavioral Differences Between Distressed and non Disteressed Couples.* Salisbury State University.

Randall C. Wyatt,.(1998). *An Interview with John Gottman.*

Silliman, Benjamin. Schumm, Walter R. (2000). Marriage Preparation Programs: A Literature Review. *The Family Journal*. 8, 133.

Sinha,P.&Mukerjee.N.(1991).Marital adjustment and space orientation.*journal of social psychology*.

Westerop, Karem. (2002). *Building healthy couple relationship: Do communication skills, gender, hope, and family types make a difference?* . Trinity western university. Canada.

Whitson, Stephanie. El-Sheikh, Mona. (2003). Marital conflict and health:Processes and protective factors. *Aggression and Violent Behavior*. 283–312.